

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1924-1925

N° 44

LES PERICYSTITES

DANS

L'ADÉNOME PROSTATIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 19 Décembre 1924

PAR

André-Eugène-Justin-Joseph-Adel BOURRET

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Sarrant (Gers), le 15 mai 1900

Examineurs de la Thèse	{	MM. PRINCETEAU, Professeur	<i>Président</i>
		PICQUÉ, Professeur	{ <i>Juges.</i>
		ROCHER, Professeur	
		DUVERGEY, Agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE

18-20-22, Rue du Peugue, 18-20-22

1924

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1924-1925

N° 44

LES PERICYSTITES

DANS

L'ADÉNOME PROSTATIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 19 Décembre 1924

PAR

André-Eugène-Justin-Joseph-Adel BOURRET

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Sarrant (Gers), le 15 mai 1900

Examineurs de la Thèse	{	MM. PRINCETEAU, Professeur	<i>Président</i>
		PICQUÉ, Professeur	} <i>Juges.</i>
		ROCHER, Professeur	
		DUVERGEY, Agrégé	

BORDEAUX
Imprimerie J. BIÈRE
18-20-22, Rue du Peugue, 18-20-22

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSEON, VILLAR

PROFESSEURS

MM.		MM.
Clinique médicale	VERGER.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie N.
Clinique chirurgicale.....	CASSAET.	Clinique gynécologique... GUYOT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CHAVANNAZ.	Clinique médicale des maladies des enfants..... MOUSSOUS
Clinique d'accouchements.	BEGOUIN.	Chimie biologique et médicale..... DENIGES.
Anatomie pathologique et microscopie clinique...	CRUCHET.	Physique pharmaceutique. MEDICINE coloniale et clinique des maladies exotiques..... LE DANTEC
Anatomie.....	RIVIERE.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques... W. DUBREUILH
Anatomie générale et histologie.....	SABRAZES.	Pathologie externe et chirurgie opératoire et expérimentale N.
Physiologie.....	PICQUE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.... ABADIE
Hygiène.....	G. DUBREUIL.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie... MOURE
Médecine légale et déontologie.....	PACHON.	Toxicologie et hygiène appliquée..... BARTHE.
Physique biologique et clinique d'électricité médicale	AUCHE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..... SELLIER.
Chimie	LANDE	
Botanique et matière médicale.....	BERGONIE.	
Pharmacie.....	CHELLE,	
Zoologie et parasitologie..	BEILLE.	
Médecine expérimentale..	DUPOUY.	
Clinique ophtalmologique.	MANDOUL.	
	FERRE.	
	LAGRANGE.	

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.
Anatomie et embryologie.	VILLEMIN.	Médecine générale..... { DUPERIE.
Histologie.....	LACOSTE.	CREYX.
Physiologie.....	DELAUNAY.	MICHELEAU
Anatomie pathologique...	MURATET.	BONNIN.
Parasitologie et Sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	PERRENS.
Physique biologique et médicale.....	N...	Chirurgie générale..... { ROCHER.
Chimie biologique et médicale.....	RECHOU.	DUVERGER.
	N.	PAPIN.
Médecine générale.....	MAURIAC.	Obstétrique..... { PERY.
	LEURET.	FAUGERE.
		TEULIERES
		Ophtalmologie..... PORTMANN.
		Oto-rhino-laryngologie.. GOLSE.
		Pharmacie.....

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ	Puériculture	ANDÉRODIAS
Médecine opératoire	PAPIN	Démonstrations et préparat. pharmac.	LABAT
Accouchements	FAUGÈRE	Chimie pharmaceutique	GOLSE
Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY	Chimie minérale	N.
Ophtalmologie	CABANNES	Hygiène appliquée	N.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes MM. ROCHER			
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MES GRANTS PARENTS

Pieux souvenir de leur bonté.

A MES PARENTS

Au début de cet ouvrage qui clôture la longue théorie de mes années d'études, qu'il me soit permis d'adresser d'abord des remerciements émus à mon père qui m'a soutenu de son affection et de son dévouement. Et je suis aussi très heureux de pouvoir payer à ma mère, toujours tendre et dévouée ce tribut d'amour filial.

A MA GRAND'MÈRE

A MA SŒUR MARIE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLEMY
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUVERGEY
CHARGÉ DU COURS COMPLÉMENTAIRE DE CLINIQUE
DES MALADIES DES VOIES URINAIRES
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Respectueux hommage.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
A MONSIEUR LE PROFESSEUR L. PRINCETEAU
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

INTRODUCTION

M. le professeur Duverger ayant observé dans son service de l'hôpital du Tondu un cas de péricystite après prostatectomie à la Freyer en un temps chez un de ses malades nous fit l'honneur de nous confier ce travail. Nous l'avons intitulé : « Les péricystites dans l'adénome prostatique ». Ce titre peut sembler général mais il nous aura permis de réunir en un seul bloc des connaissances anciennes et des idées plus nouvelles.

En effet le chapitre des péricystites était bien connu, M. le Dr Aversenq en a fait un tableau définitif au *Congrès d'Urologie* de 1910. M. le professeur Segond dans sa thèse (Paris 1880) étudie les abcès de la prostate et les péri-prostatites avec leurs propagations possibles. M. le professeur Legueu en 1923 (*Journal d'Urologie*, janvier 1923) a conclu qu'après cystostomie ou prostatectomie le tissu périvésical peut s'enflammer et que cette infection trouve sa cause première dans la présence de l'adénome ou dans la loge créée par son extirpation.

M. le professeur Duvergey dans sa communication au *XXIV^e Congrès français d'Urologie* (Paris 8-11 octobre 1924), a présenté l'observation de son malade. Il a montré que cette complication rare, cette péricystite antérieure était survenue après une prostatectomie en un temps.

D'autre part, M. le professeur Gayet de Lyon vient également d'attirer l'attention sur les abcès rétrovésicaux chez les prostatiques cystomisés, cas qui doivent être rapprochés de l'observation publiée par Bœckel (à l'*Association française d'Urologie*, 1920) et qu'il considérait comme très rare. Guyon

estime n'en avoir jamais vu, au contraire Leynen en a publié quelques cas.

Mais personnellement nous estimons que les complications péricystiques ne sont pas l'apanage des prostatiques cystomisés. Nous allons nous efforcer de démontrer que bien avant que le malade en soit réduit à une intervention chirurgicale il s'est produit du côté de son péricystite de profondes modifications qui en font un terrain particulièrement bien préparé aux infections intercurrentes.

L'adénome, par sa présence seule, par l'obstacle qu'il apporte à l'écoulement de l'urine, par la rétention qu'il produit est une cause d'infection portant sur tout le système urinaire. Lui-même ne peut pas rester étranger aux processus inflammatoires plus ou moins aigus. Mais les manifestations infectieuses ont leur maximum au niveau de la muqueuse du réservoir urinaire et c'est la cystite qui joue le premier rôle. Dépasant la muqueuse en suivant les lymphatiques vésicaux, l'infection se fait jour dans l'atmosphère celluleuse, péri-vésicale. La péricystite est constituée. Mais bientôt la cystite elle-même devient chronique et voilà établie la péricystite scléro-lipomateuse de Halle. Sa cause primitive en est bien l'adénome prostatique.

Nous pensons que c'est parce qu'il y a déjà une péricystite scléro-lipomateuse que l'on peut estimer que les infections aiguës qui viendront se greffer par la suite sur l'adénome prostatique auront une prédilection plus marquée à envahir ce tissu péri-vésical si largement transformé.

1^o C'est parce que nous sommes persuadés de son rôle important que notre premier chapitre sera consacré à la péricystite chronique scléro-lipomateuse que l'on trouve chez les prostatiques.

2^o Ensuite nous étudierons les péricystites aiguës dans l'adénome prostatique infecté.

3^o Enfin notre dernier chapitre sera pour les complications périvésicales se produisant durant ou après la prostatectomie.

CHAPITRE PREMIER

LA PERICYSTITE SCLERO-LIPOMATEUSE CHEZ LES PROSTATIQUES

Classification des espaces péri-vésicaux

La vessie et ses annexes ouraque et artère ombilicales sont enveloppées du plancher pelvien à l'ombilic par une gaine celluleuse mince, la gaine allantoïdienne de Paul Delbet. Cette gaine est recouverte par le péritoine pariétal qui après avoir revêtu la face postérieure de la vessie s'avance, chez l'embryon jusqu'à la ligne médiane en formant devant la vessie et ses annexes deux culs-de-sac séreux, l'un droit l'autre gauche, adossés par leur fond. Tandis que le péritoine rétrovésical persiste pendant toute la vie, les deux culs-de-sac prévésicaux se combinent par accollement au cours de la vie intra-utérine et donnent naissance à un feuillet fibreux l'*aponévrose ombilico-prévésicale* de Charpy. Le péritoine rétrovésical et l'aponévrose ombilico-prévésicale restés en continuité forment une deuxième gaine fibro-séreuse.

La vessie, l'ouraque, les artères ombilicales enveloppées de la gaine allantoïdienne et de la gaine fibro-séreuse sont appliquées contre la paroi abdominale antérieure de l'ombilic au plancher pelvien et séparées de cette dernière par un espace rempli de tissu cellulaire, parfois creusé d'une bourse séreuse, l'espace de Retzius.

On rencontre donc autour de la vessie une série de régions remplies de tissu cellulaire, ce sont l'espace de Retzius, la

gaine allantoïdienne et derrière la vessie sous le feuillet péritonéal et devant l'aponévrose prostate-péritonéale, l'espace *rétro-vésical*.

Chacune de ces régions peut être le siège de phlegmasies différentes, souvent du reste associées. Nous verrons que la gaine allantoïdienne est la première localisation de la péri-cystite scléro-lipomateuse. Cette inflammation de la gaine allantoïdienne est désignée par Paul Delbet par le terme de « *Paracystite chronique allantoïdienne* ». Le terme de paracystite nous paraît être très imagé pour désigner l'inflammation du tissu cellulaire en contact avec la vessie. Nous le conserverons dans notre travail et pour nous, la paracystite ne sera qu'un cas, limité à la gaine allantoïdienne, de la péri-cystite en général.

Etiologie

Du fait de sa dégénérescence adénomateuse la prostate s'hypertrophie. L'hypertrophie de la prostate est fréquente chez les hommes à partir de 55 ans. Elle représente un ovoïde dont l'extrémité large repose en bas sur l'aponévrose moyenne du périnée et dont l'extrémité mince fait saillie dans la cavité vésicale.

Tandis que la prostate se développe vers la vessie elle entraîne l'orifice vésical plus haut que le fond de l'organe d'où production d'un bas-fond en arrière de la saillie glandulaire. Ce bas-fond rétro-prostatique ne se vide pas au moment de la miction. Il en résulte une *rétenlion incomplète*, un résidu liquide qui augmente progressivement et proportionnellement au surmenage et à l'affaiblissement du muscle vésical.

Le sujet vide incomplètement sa vessie. Si on cathétérise après les mictions, on trouve un résidu de 100 gr. 150 gr. Bientôt une *période de distension de la vessie* s'installe pendant laquelle la vessie amincie ne se contracte plus. Le globe vésical se perçoit en permanence au palper hypogastrique. La

vessie ayant atteint les limites de son élasticité passive n'évacue son trop-plein qu'involontairement par regorgement. L'urée tombée à un taux infime dans l'urine, s'accumule dans le sang. L'état général devient mauvais.

Aussi tout malade présentant un résidu de 120 gr. doit être sondé régulièrement. Quand la miction volontaire devient impossible le sujet devra se sonder toutes les quatre, cinq ou six heures.

Il est peu de malades qui se sondant pendant un certain temps, n'infectent pas un jour ou l'autre leur vessie soit par un instrument mal stérilisé, soit en entraînant dans leur vessie des microbes qui existaient dans l'urètre. D'autre part il faut compter aussi avec les infections endogènes, celles-ci pouvant être d'origine sanguine, ou pouvant gagner la vessie provenant d'un organe voisin, soit directement, soit par voie lymphatique. La vessie peut également s'infecter par voie rénale.

On peut dire que l'infection vésicale représente la complication la plus fréquente de l'hypertrophie de la prostate.

La fréquence de cette infection est facile à comprendre si l'on considère que toutes les conditions favorables à sa production sont réunies lorsque la vessie s'évacue mal : congestion des parois, altération de ces parois, absence de balayage de ces microbes qui aurent pénétré. Traumatismes évidemment minimes mais réels et répétés par les sondages. Enfin ajoutons que l'état de bacillémie, dans lequel les malades se trouvent d'une façon constante, lorsque les troubles intestinaux ont fait leur apparition, leur fournit en permanence le moyen d'infecter leur vessie même lorsqu'ils n'ont jamais été sondés. Il est à rappeler, à ce sujet, que les reins séniles peuvent renfermer des bactéries saprophytes qui peuvent entretenir dans les voies urinaires, notamment dans la vessie, un état de fermentation continue, connu sous le nom de « bactériurie » qui est nuisible à l'organisme lui-même, en même temps qu'il diffuse des toxines dans l'organisme et qu'il prépare ainsi, par son affaiblissement, par la « stupeur toxique » des éléments épithéliaux un terrain favorable à la pullulation des germes pathogènes.

L'examen bactériologique des urines, chez ces infectés, révèle une flore en général extrêmement nombreuse. Le colibacilles s'y trouve d'une façon à peu près constante, quelquefois exclusive et souvent prédominante; mais à côté de lui les staphylocoques, le streptocoque peuvent s'y rencontrer en même temps que le micrococcus-ureæ. Parmi les bacilles ayant des propriétés colorantes sur l'urine il faut signaler le bacille pyocyanique en particulier et un bacille susceptible de provoquer une coloration pourpre de l'urine.

Nous pouvons, l'infection vésicale chez les prostatiques établie, passer rapidement en revue les différents degrés de cystite.

Rarement on observe une cystite aiguë franche, le catarrhe de la vessie peut également se rencontrer. Mais en réalité, l'infection vésicale conduit presque toujours à la cystite chronique compliquée de poussée sub-aiguë sous l'influence de tout ce qui peut provoquer la congestion vésico-prostatique d'une infection nouvelle ou d'un cathétérisme traumatisant.

Sous l'influence de la cystite chronique l'altération des parois vésicales s'accroît. L'hypertrophie prostatique est la cause d'un remaniement profond de la structure, de la disposition et des connexions du tissu vésical.

De la structure en déterminant de la sclérose avec amincissements localisés, épaisissements partiels.

De la disposition, en provoquant la formation de colonnes, de diverticules de cellules, qui deviennent de véritables poches purulentes et des nids à calculs.

Des connexions, par la formation du bas-fond. Il y a d'abord cystite ensuite péri-cystite. Le trait d'union entre les deux se trouve dans la disposition toute particulière des lymphatiques de la vessie.

Les lymphatiques de la vessie décrits par Cruikshank, figurés par Mascagni puis niés par Sappey ont été décrits de nouveau par Hoggan, Cunéo et Marcille. Ils proviennent de la muqueuse, traversent la musculuse et confluent :

a) Les lymphatiques de la face antérieure aux ganglions iliaques externes;

b) Les lymphatiques de la face postérieure se rendent pour la plupart aux ganglions hypogastriques et aux ganglions situés au niveau de la bifurcation de l'aorte. Un certain nombre d'entre eux vont également aux ganglions iliaques externes.

Anatomie pathologique

L'inflammation peut être aiguë ou chronique, généralisée ou partielle.

Paracystite aiguë. — Les paracystites aiguës observées jusqu'à ce jour sont secondaires, c'est-à-dire développées dans un tissu cellulaire para-vésical déjà profondément modifié. Elles sont en effet des accidents aigus au cours d'une affection chronique et leur description anatomo-pathologique nous semble devoir être réservée pour le chapitre II de notre travail.

Lorsque éclatent les accidents aigus, les altérations vésicales ont depuis longtemps retenti sur le tissu cellulaire et déterminé une paracystite chronique.

Paracystite chronique. — Elle a été dévouverte et étudiée par Hallé, qui lui a donné le nom de *paracystite scléro-lipomateuse*. Elle se caractérise d'abord par un accroissement du nombre et du volume des vaisseaux avec épaissement de leur paroi : autour des vaisseaux se développent d'abord du tissu adipeux puis du tissu scléreux. L'un ou l'autre de ces tissus peut prédominer mais jamais l'un d'eux ne prend un développement assez prépondérant pour qu'on puisse décrire séparément soit une forme adipeuse, soit une forme scléreuse. C'est toujours une forme mixte scléro-adipeuse. Cependant le tissu adipeux prédomine dans les formes récentes à infection modérée et dans les parties hautes de la vessie où l'infection est toujours moindre qu'au niveau de la base.

Macroscopiquement la paracystite scléro-lipomateuse se

caractérise par un épanouissement de la gaine allantoïdienne qui est transformée en un tissu dur, lardacé, criant sous le scalpel. Faible au début, l'épaississement devient plus tard considérable pour peu que les conditions qui lui ont donné naissance prolongent leur action. On trouve alors, au contact de la vessie, une couche de tissu scléro-adipeux de 1 ou 2 centimètres et même plus.

Cette couche scléro-adipeuse doit être étudiée dans son extension, ses rapports avec les organes juxtavésicaux et avec la vessie elle-même.

Au point de vue de son extension, le processus présente des degrés. Toujours plus ou moins généralisé il peut prendre sur certains points une extension telle qu'il semble n'exister que là et constituer une véritable tumeur saillante en un point. Hallé (péricystite, obs. I) a vu chez un prostatique une masse scléro-adipeuse formant sur le sommet de la vessie une tumeur graisseuse du volume d'un œuf. Dans les cystites des vieux prostatiques elle est au maximum à la base et en arrière de la vessie. Jean a montré qu'il se forme alors, en arrière de la base de la vessie et à la partie postérieure, une masse volumineuse englobant les canaux éjaculateurs, les vésicules séminales, la partie terminale des uretères, si bien que les organes ne peuvent être dégagés que par une dissection attentive.

Le plus souvent l'altération est généralisée, la paracyste forme alors autour de la vessie une véritable coque feutrée permettant, si l'adipose domine, l'isolement de l'organe (Jean). Ordinairement la sclérose devient prédominante et gagne de proche en proche excentriquement. S'étendant à distance le processus provoque de la réaction péritonéale. Il se fait des adhérences avec le grêle au niveau de la face postérieure, du sommet et parfois même dans le cul-de-sac prévésical (Dieulafoy).

En avant la sclérose s'étend vers la paroi abdominale et le pubis, et intéresse le cul-de-sac péritonéal prévésical. Parfois, surtout au début, le paracyste épaissi soulève le cul-de-sac et

la vessie hypertrophiée semble remonter derrière la paroi musculo-aponévrotique. Le plus souvent, suivant certains auteurs, le péritoine est abaissé. C'est la disposition notée par Pétrequin, rappelée par Poncet-Carlier et ses élèves. Mais il semble démontré qu'en réalité le cul-de-sac péritonéal pré-vésical descend normalement très bas. (Thèse de M. Paul Delbet). Mais la péricystite fixe le péritoine, qui se relève moins, par distension de la vessie, ce qui l'expose à être blessé par une intervention, taille ou ponction.

Diffuse et régulière, ou éparse et en amas la péricystite, scléro-lipomateuse retentit sur les organes voisins et les lésions de l'uretère sont à ce sujet à noter. Celui-ci est dilaté au point de ressembler parfois à l'intestin grêle. Mince au début sa paroi s'épaissit progressivement. L'orifice vésical de l'uretère conserve ordinairement son calibre normal (Jean). Le rein peut être distendu, pyonéphrosé et entouré lui-même d'une zone scléro-lipomateuse.

La vessie peut être dilatée et présenter des parois minces. Elle est en général petite, inextensible, à paroi épaisse. La paroi peut atteindre deux centimètres et elle ne se laisse plus distendre. La vessie présente plus qu'une capacité limitée. Elle cesse aussi de revenir sur elle-même et garde une certaine quantité de liquide résiduel et une forme plus ou moins globuleuse. C'est dit, Aversenq, un organe solide creusé d'une cavité réelle. La muqueuse présente des modifications plus ou moins accentuées, congestion, ecchymoses, ulcérations, teinte ardoisée, sphacèle. Ces lésions, ainsi que nous l'avons déjà dit, sont la cause de la péricystite et non ses conséquences. La paroi musculaire épaissie peut présenter des colonnes, des cellules petites ou grandes uniques ou multiples.

Les cellules vésicales jouent souvent dans la formation des amas adipeux un rôle prépondérant, elles peuvent en occuper le centre : Elles sont l'épine irritative qui détermine la réaction paracystique (Hallé obs. II).

Nous n'avons encore envisagé que le retentissement le plus immédiat de l'infection chronique de la vessie chez un pros-

tatique. Le mal ne s'arrête pas à la gaine allantoïdienne entourant d'une couche celluleuse la vessie, il franchit les bornes de l'aponévrose ombilico-prévésicale. Si nous acceptons le terme d'Aversenq et si nous désignons par extracystite l'inflammation du tissu cellulaire de la cavité de Retzius, nous pouvons affirmer que les para et les extra-cystites peuvent coïncider, l'une étant la complication de l'autre. Des faits de coexistence ont été observés par Caudmart et Duplay. (Caudmart, *Société anatomique* 1850. Duplay, *Archives générales de médecine*, 1877).

Le processus peut gagner parfois la gaine des droits et les muscles eux-mêmes. Dans un cas de Hotchkiss le tissu fibreux était si épais et si infiltré que l'opérateur ouvrit la vessie sans avoir reconnu sa paroi.

On peut admettre ainsi que toutes les infections subaiguës et chroniques de la vessie déterminant de la paracystite allantoïdienne puissent déterminer une inflammation du tissu cellulaire de la cavité de Retzius. Ces accidents vésicaux sont l'intermédiaire par lequel une prostate simplement hypertrophiée et non encore infectée peut agir sur le Retzius.

Il nous reste enfin à signaler que la partie du tissu cellulaire en contact avec la face postérieure de la vessie et contenue dans l'espace rétro-vésical, ne reste pas étrangère au processus. Ce tissu s'épaissit et s'organise. Mais la péricystite reste le plus souvent adhésive et localisée.

Ainsi la péricystite scléro-lipomateuse peut s'étendre à toutes les régions circum-vésicales remplies de tissu cellulaire. La réaction commence à toucher la gaine celluleuse englobant la vessie et puis gagne de proche en proche intéressant et l'espace prévésical et l'espace rétro-vésical.

Symptomatologie de la péricystite chroniques cléro-lipomateuse

La péricystite chronique scléro-lipomateuse attire peu l'attention, elle complique la cystite des vieux urinaires et souvent

on ne pense pas à la rechercher chez des individus depuis longtemps malades. Cependant, en pratiquant le toucher, on reconnaît aisément l'empatement périvésical. La vessie est en apparence augmentée de volume, la région a perdu sa souplesse; elle est ferme, le carrefour vésico-prostatique est saillant épaissi; le palper hypogastrique donne la sensation d'une tuméfaction diffuse à peu près indolore. Fonctionnellement Céalic et Strominger ont insisté sur la dissociation de la contractibilité vésicale et de la sensibilité à la distension. On injecte du liquide dans la vessie, le malade a une forte envie d'uriner et si on laisse échapper le liquide il s'écoule en bavant. Ce symptôme est surtout en rapport avec l'ancienneté de l'inflammation vésicale.

Enfin M. le professeur Pousson a montré que la péricystite peut former une carapace réduisant la vessie à une cavité minime du volume d'un œuf. Mais il estime que la musculature n'a pas été altérée et qu'une décortication pourrait rendre à la vessie sa capacité et sa contractilité.

Diagnostic

Le diagnostic semble devoir être en général aisé, à la condition de pousser suffisamment l'examen. Au toucher, au palper, on trouvera un empatement périvésical plus ou moins étendu, plus ou moins régulier et le diagnostic s'imposera.

Dans les cas complexes deux erreurs sont possibles : une erreur de localisation, une erreur de nature. L'analyse des sensations fournies par le toucher est nécessaire pour préciser le siège exact. Il est beaucoup plus grave de prendre une péricystite pour une tumeur. Le fait est possible quand la péricystite est chronique et détermine une induration considérable et localisée. Nous indiquerons dans la chapitre suivant ce que l'on peut demander à l'examen du sang prélevé sur le malade pour trancher la question du néoplasme possible.

Evolution

La péricystite chronique est une affection toujours sérieuse, La surcharge graisseuse apparaissant gêne la contraction vésicale, prépare à la sclérose, aux cellules vésicales, provoque des adhérences et des compressions des organes voisins, parmi les quelles celle de l'uretère, avec ses suites, est la plus redoutable.

La forme chronique peut amener la rétention incomplète, chronique, curable toutefois par le sondage aseptique et prolongé.

Traitement

Dans les péricystites d'origine vésicale, scléreuses, il faut avant tout intervenir sur la lésion primitive ; dans le cas qui nous intéresse, l'hypertrophie de la prostate.

On pourra mettre en œuvre les lavages, la sonde à demeure ou une opération, la prostatectomie. Mais la plus large place doit être faite à la sonde à demeure et aux lavages modificateurs. On se méfiera des interventions au cours de péricystites scléro-lipomateuses, car l'opération compliquée par l'existence de celles-ci peut donner un coup de fouet aux lésions.

CHAPITRE II

PERICYSTITES DANS L'ADENOME PROSTATIQUE INFECTE

Nous voici donc en présence d'un vieux prostatique présentant un adénome qui depuis longtemps a fait sentir ses conséquences : rétention, mauvais état général, et nécessité où se trouve le malade de se sonder fréquemment. Merveilleux terrain admirablement préparé à toutes sortes d'infections dont la défense vient d'être fortement ébranlée, par les lésions chroniques que nous venons de décrire dans le chapitre précédent.

Une division toute indiquée semble devoir nous demander d'étudier d'abord comment un adénome prostatique peut s'infecter ; ensuite le retentissement sur le tissu cellulaire qui forme la loge prostatique de cette infection qui, pouvant dépasser les plans aponévrotiques limitant la prostate, peut toucher les régions extraprostatiques se faisant ainsi dans l'atmosphère celluleuse péri-vésicale.

Infection de l'adénome

Complication de l'adénome l'infection se développe dans les mêmes conditions d'âge que l'adénome.

Deux conditions sont nécessaires pour provoquer l'inflammation de la glande hypertrophiée :

A) La congestion

B) La pénétration d'un agent pathogène

A) Causes congestives.

La congestion prostatique prépare le terrain. Les causes sont les suivantes : équitation, bicyclette, sédentarité, hémorroïdes, la constipation; les excès génitaux : la masturbation, le froid et enfin les manœuvres urétrales. Dans ce dernier groupe nous pouvons compter : les injections, la dilatation, les fausses routes, les sondages répétés, même s'ils sont aseptiques et *a fortiori* les sondages septiques.

Toutes ces causes provoquent la stagnation du sang dans les plexus veineux du petit bassin et cette congestion passive favorise les infections de la prostate. Richement veinée, la prostate communique, par son système vasculaire, en arrière avec le plexus hémorroïdal, en avant avec le plexus de Santorini; elle baigne dans un lac sanguin.

B) Causes infectieuses

1° les agents pathogènes.

Les germes pathogènes qui infectent la prostate peuvent être :

a) *Le gonocoque*. — Agent de l'urétrite antérieure et de l'urétrite postérieure chronique. Il existe au début de l'infection mais ne se trouve que rarement dans les suppurations. Même quand il a provoqué des abcès on ne le décèle pas dans le pus où il disparaît très vite, remplacé par des microbes d'infection générale, comme cela se produit dans les arthrites suppurées d'origine blennorragique.

b) *Le staphylocoque*. — Le plus habituellement rencontré, c'est lui que l'on trouve dans les cas de prostatite chronique générale.

C) *Le colibacille, le streptocoque*

Ces germes existent seuls ou associés.

Les anaérobies ont été trouvés par Albairan et Cottet (d'Evian) dans les abcès prostatiques à tendance gangréneuse.

Parfois on trouve des abcès prostatiques stériles amicrobiens, de même que l'on trouve des poches salpingiennes ou des abcès du foie aseptiques, les agents qui ont provoqué la suppuration de ces abcès ayant disparu.

2° *Pénétration de l'agent pathogène.*

L'infection de l'adénome survient par différentes voies :

a) *Par contamination directe.* — A la suite d'une plaie accidentelle ou chirurgicale. Cela est rare.

b) *Par voie veineuse ou lymphatique.* — Comme c'est le cas le plus fréquent dans les abcès d'origine intestinale qui peuvent être également le résultat d'une propagation directe. Le prostate est collée à la paroi rectale les systèmes veineux et lymphatique des deux organes communiquent ensemble et la propagation du colibacille à la glande prostatique est facile. Ses causes occasionnelles sont la rectite inflammatoire, l'infection hémorroïdaire ou simplement la constipation.

c) *Par la paroi artérielle* donnant lieu aux abcès métastatiques, considérés autrefois comme exceptionnels et dont on connaît un assez grand nombre d'observations (27 cas cités par Oraison), ils surviennent à la suite de pyohémie, parotidite, grippe, furonculose, variole.

d) *Enfin la voie urétrale et vésicale, la plus fréquente :*

1° Dans certaines observations la sonde paraît directement responsable de l'infection. Il peut se produire en effet une

urétrite chronique due aux sondages répétés d'où infection canaliculaire ou infection de proche en proche de l'adénome ;

2° L'urine véhicule par l'urètre des microbes pouvant provenir de la stagnation dans les bas-fonds et qui passant au niveau des conduits excréteurs de la prostate les infectent ; cela est facilité par le contact permanent de l'urine qui stagne dans l'urètre prostatique.

Quel que soit le chemin parcouru par le processus infectieux il détermine dans la glande adénomateuse des lésions diverses.

a) Quand l'infection part de l'urètre, les conduits glandulaires sont d'abord enflammés, deviennent le siège d'un catarrhe desquamatif.

b) L'inflammation continuant, une diapédèse de globules blancs envahit la paroi glandulaire, bientôt cette barrière est franchie et le tissu interacineux réagit à son tour l'infection de l'adénome est alors constituée, caractérisée par la congestion du tissu interstitiel, infiltré en outre d'une sérosité trouble et purulente. L'adénome est ainsi le siège d'un nombre variable de foyers glandulaires et péri-glandulaires qui subissent la transformation purulente complète.

c) D'où la constitution d'abcès miliaires multiples épais, indépendants les uns des autres et dont la coalescence va constituer *les grands abcès*.

d) Cette forme est rare, mais ce qui nous paraît plus fréquent c'est la constitution à la périphérie de la glande d'*abcès sous-capsulaires*, localisés entre l'adénome et la capsule. Ces abcès nous semblent devoir être la première étape de ce que Guyon a appelé « Les phlegmons par diffusion ». Il faut considérer en effet, avec Guyon et Seyard, dans la propagation des abcès de l'adénome prostatique aux tissus environnants, deux processus :

a) Les phlegmons par propagation (celluleux, veineux, lymphatiques).

b) Les phlegmons par diffusion qui sont formés par l'errup-

tion brusque du pus prostatique préalablement collecté dans la glande.

a) Nous devons donc considérer, en nous basant sur la disposition anatomique de la glande et de sa loge que nous étudierons plus loin, les abcès qui, par propagation inflammatoire, viennent se localiser dans l'atmosphère celluleuse entre la capsule prostatique et les aponévroses périprostatiques. Ce seront les véritables *abcès périprostatiques*. Mais au delà des aponévroses périprostatiques qui ne constituent pas des barrières infranchissables la propagation inflammatoire peut s'étendre et envahir les espaces extra-prostatiques. Ce sont les *phlegmons extra-prostatiques*. Nous verrons quels abcès périprostatiques donnent de préférence naissance à tels ou tels phlegmons extra-prostatiques.

b) Sous l'influence de poussées qui peuvent diffuser le pus au delà de ces espaces, les collections peuvent atteindre de larges trajets : ce sont alors les véritables *phlegmons diffus*.

Mais beaucoup de malades n'arrivent pas à la suppuration. Il s'agit alors d'une simple infiltration leucocytaire plus ou moins notable caractérisée par l'œdème du tissu cellulaire.

Constitution de la loge prostatique

Pour donner plus de clarté aux conclusions que nous voulons formuler touchant la propagation plus spéciale de certains abcès périprostatiques aux différents espaces périvésicaux, nous étudierons brièvement la constitution anatomique de la loge prostatique.

La prostate et la portion membraneuse de l'urètre sont placées au centre du périnée antérieur, comprises entre des plans fibreux supérieur, inférieur et latéraux, enveloppées de toute part et engainées à la manière des muscles (Denonvilliers).

1° L'aponévrose périnéale supérieure offre à sa partie antérieure deux faisceaux fibreux résistants, dirigés d'avant en arrière, insérés d'une part sur la face postérieure du pubis, d'autre part sur la prostate et connus des anatomistes sous le nom de ligaments antérieurs de la vessie. Entre eux existe un intervalle « de huit à dix lignes » qui est rempli par une toile fibreuse, mince, mais assez résistante, percée de plusieurs trous que traversent les veines dorsales du pénis pour aller gagner le plexus veineux du bas-fond de la vessie. Cette aponévrose pourrait être appelée « pubio-prostatique ». C'est elle qui défend l'espace pré-vésical antérieur contre les affections venues de la partie antérieure de la loge prostatique ;

2° Le plan fibreux inférieur est tenu dans l'intervalle placé au-dessous de la symphyse du pubis et entre ses branches. Il est connu sous le nom de ligament de Carcassonne.

3° Le plantibreux latéral est constitué par une aponévrose située sur les côtés de la portion membraneuse de l'urètre et de la prostate et qui a reçu le nom d'aponévrose latérale de la prostate ou pubio-rectale (Aversenq), elle s'applique sur la prostate et lui est unie par un tissu cellulaire dense et serré, dans l'épaisseur duquel rampent les veines nombreuses qui entourent la prostate.

4° En arrière de la prostate, entre les vésicules séminales et le rectum, existe une couche membraneuse bien distincte, c'est l'aponévrose ; des deux côtés, elle se confond avec le tissu cellulaire serré qui entoure les plexus veineux du bas-fond de la vessie, par son bord antérieur elle se perd sur l'extrémité la plus reculée de la prostate par son bord postérieur elle adhère à cette portion du péritoine qui descend entre la vessie et le rectum.

Le tissu cellulaire entourant les vésicules séminales, prend une disposition spéciale et forme une sorte de loge exactement close de toute part, dont le bord postérieur se fusionne avec l'aponévrose prostatopéritonéale. C'est la seule cloison qui sépare l'espace rétro-vésical de l'espace rétro-prostatique.

La loge prostatique ainsi constituée, présente des points, faibles au niveau desquels sa fermeture est incomplète, ou peu solidement assurée. Ces points faibles siègent au niveau du plafond tant à la région antérieure que postérieure. La loge communique en effet, par l'intermédiaire des orifices dont sont percés les ligaments pubo-vésicaux avec l'espace prévésical : d'où diffusion possible des phlegmons périprostatiques dans la cavité de Retzius.

A sa partie postérieure elle communique facilement avec l'espace rétro-vésical, car le tissu englobant les vésicules séminales peut facilement être dissocié. Les abcès d'origine prostatique peuvent donc se propager dans cette direction

Etude expérimentale

L'étude anatomique de la loge prostatique, faite par le Dr Aversenq nous fait prévoir que les infections de la loge prostatique pourront atteindre les espaces péri-vésicaux. M. le docteur Aversenq a jeté dans le débat un argument de très grosse valeur : son étude expérimentale.

Les injections expérimentales de gelatine colorée montrent en effet quels sont les espaces décollables de la loge prostatique, quelles sont les propagations à distance en cas d'injections forcées.

« Nous ne réaliserons pas, dit-il, toutes les conditions de la pathologie car il y a lieu de tenir compte de la propagation par les voies sanguines et lymphatiques, mais nous suivons les grandes voies de la propagation par contiguïté. »

C'est ainsi qu'il a pu voir : 1° que les injections sous-capsulaires restaient toujours limitées et diffusaient rapidement dans l'espace rétro-prostatique; 2° les collections rétro-prostatiques s'insinuer entre les vésicules, atteindre en haut le cul-de-sac péritonéal tandis qu'en bas elles s'arrêtaient avec l'aponévrose péri-prostatique sur le sphincter strié de l'urètre. Par une manœuvre spéciale il a pu injecter l'espace péri-prostatique

antérieur et voir que l'injection avait gagné ensuite vers le haut l'espace de Retzius et que même elle avait diffusé dans l'espace pelvi-rectal supérieur.

Nous redisons avec M. le docteur Aversenq, que l'on ne peut en se basant sur ces faits, qu'entrevoir des conséquences pathologiques. En effet lorsqu'il s'agit de processus infectieux, les propagations inflammatoires peuvent se faire non seulement par contiguïté mais encore par propagation veineuse et lymphatique. L'opinion de M. le docteur Escat est très nette à ce sujet, car il estime que les inflammations suivent tout particulièrement la voie lymphatique et il fait remarquer que tous les lymphatiques des organes génitaux convergent vers la vessie.

Malgré cette restriction, il faut reconnaître que ces expériences ont une grande importance, car l'on peut assurer que du moins par contiguïté l'envahissement de l'espace de Retzius et de l'espace rétro-vésical est possible. *A fortiori* lorsque l'infection pourra suivre des voies plus rapides, elle fera sentir son action plus sûrement.

En effet en dehors des voies de propagation directe les infections peuvent suivre les voies suivantes : voie artérielle dans les cas accompagnés de septicémie, voie veineuse par l'intermédiaire des plexus prostatiques et prévésicaux, mais surtout voie lymphatique. Gerota, Bazy ont décrit dans l'espace prévésical des ganglions points de départ de véritables adéno-phlegmons de la région.

Nous avons montré comment l'infection pouvait atteindre l'adénome prostatique, comment la périprostatite succédait à l'infection de la glande, et enfin nous avons vu comment le processus s'extériorisant encore, pouvait envahir les espaces péri-vésicaux, nous allons étudier maintenant le phlegmon de la cavité de Retzius et de l'espace rétro-vésical, dans leur symptomatologie et leur traitement.

A) **Phlegmon propagé à l'espace péri-vésical antérieur**

Second dans sa thèse (Paris 1880) reproduit une statistique de 77 cas de suppurations périprostatiques. Il n'a vu qu'un cas où la diffusion ait gagné la cavité de Retzius. La rareté même des abcès périprostatiques antérieurs, nous explique la rareté des complications pathologiques appartenant à l'espace de Retzius. Cependant celui-ci peut être également infecté par des inflammations d'origine vésicale. Chez un vieux prostatique; la vessie, dont les parois ont été profondément transformées par la péricystite scléro-lipomateuse, ne doit pas rester étrangère au processus infectieux qui sévit sur la prostate mais la complication ne peut se faire jour dans l'espace péri-vésical antérieur qu'en deux points : 1° en haut où les germes infectieux, le pus peuvent remonter derrière l'aponévrose ombilicale jusqu'à l'ombilic pour gagner, par l'hiatus normal à ce niveau de la gaine fibro-séreuse le tissu pré-ombilico-vésical; 2° en bas où les germes et le pus peuvent utiliser la communication créée par fusion des germes vasculaires.

Anatomie pathologique

Quel que soit le mode d'invasion, les lésions peuvent présenter plusieurs degrés depuis la congestion jusqu'à la suppuration.

1° *Forme congestive.* — Elle se caractérise par l'œdème, l'infiltration séro-leucocytaire du tissu cellulaire. Cette forme est sans doute fréquente, mais comme elle est légère ou constitue une lésion de début on n'en trouve pas de cas net dans la littérature.

2° *Forme phlegmoneuse et suppurée.* — Dans les cas habituels, aux premiers phénomènes congestifs font suite des phénomènes phlegmoneux francs. Le tissu cellulaire pré-ombilico-vésical est infiltré de sérosité louche, et dissocié par une nappe

purulente mêlée de débris de tissu cellulaire. L'ensemble constitue une tumeur qui soulève l'hypogastre. Le centre de la tumeur est immédiatement au-dessus du pubis.

Le pus est d'abord infiltré, mêlé a du tissu de sclérose, la tumeur est dure ou ferme, peu à peu le pus devient prédominant. La masse se ramollit. Le pus est parfois crémeux, bien lié mais souvent il est brun, sanieux, mélangé de gaz. La poche présente des prolongements en rapport avec l'exclusion du pus mais aussi avec l'origine péri-prostatique dans les abcès de la prostate que nous avons décrits. Le pus tend à se faire jour vers l'ombilic, le canal inguinal, le canal crural, le canal obturateur et la racine de la cuisse, la gaine des droits. Le pus peut se porter en arrière, ulcérer le péritoine et pénétrer dans la grande cavité abdominale.

Formes partielles. — Dans les formes partielles une partie seulement de la cavité est prise, soit que l'infection se soit localisée, soit qu'il existe des dispositions anatomiques spéciales.

Il faut citer : 1° la forme inférieure, assez fréquente ;

2° une forme moyenne : l'extension vers la base serait empêchée par des tractus anormaux ;

3° Une forme haute ;

4° Une forme latérale.

Complications locales. — On observe fréquemment au cours de la maladie, de la congestion ou même une exsudation du péritoine. Mais on voit rarement le pus se faire jour dans la séreuse. Cette évolution est cependant possible. L'inflammation peut toucher pour son propre compte la vessie, elle peut être ulcérée; le pus s'écoule alors dans la cavité vésicale. Le pus peut s'engager dans l'excavation pelvienne et se faire jour dans le rectum, soit en perforant directement l'aponévrose ombilico-prévésicale, soit en décollant latéralement cette dernière et en se faisant jour à travers le fascia-recti.

Du côté des organes génitaux on peut observer de la funiculite ou de la déférentite.

Complications générales. — Ce sont celles des suppurations. Il faut noter tout particulièrement la phlébite du plexus de Santorini et les phlébites de la veine ombilicale observées par Budin.

Symptomatologie

Guyon et Gérardin admettent dans la marche clinique du phlegmon : 1^o une période de troubles généraux.

2^o Une période de signes physiques.

1^o *Troubles fonctionnels et généraux.* — La première période est caractérisée par des malaises vagues, de l'inappétence, de la faiblesse, des frissons, puis apparaissent une série de troubles digestifs : coliques avec constipation ou diarrhée, quelquefois sensation de pesanteur rectale et gêne de la défécation ; nausées, facies grippé.

Le plus souvent ces phénomènes s'accompagnent de quelques troubles de la miction, envies fréquentes d'uriner, douleur avec sensation d'évacuation incomplète de la vessie. Parfois les malades impressionnés par les légères urétrorragies que produit l'évacuation du contenu de rétention, attribuent au sondage rapidement indispensable, la température qu'ils présentent. Mais en réalité elle est due à l'infection.

La fièvre éclate et peut se caractériser, d'après certains auteurs, par un frisson unique intense.

2^o *Tuméfaction.* — La tuméfaction hypogastrique apparaît du troisième au dixième jour (Bouilly). Le malade se plaint de douleur et de pesanteur. Le médecin, en posant la main sur le point sensible, est surpris de sentir un empâtement diffus. C'est soit une plaque dure, irrégulièrement triangulaire, à sommet supérieur, soit un globe saillant. La tuméfaction commence immédiatement au-dessus du pubis, derrière lequel elle paraît s'enfoncer.

Le malade souffre constamment d'une douleur sourde

s'exagérant par la marche, au point de la rendre impossible. Le malade est obligé de se tenir plié en deux, ou couché les jambes fléchies.

Le toucher rectal fait sentir une prostate modifiée, augmentée de volume, noyée dans le tissu cellulaire infiltré, et le diagnostic se pose entre le néoplasme malin et la périprostatite.

Le diagnostic différentiel entre le cancer prostatique et l'adénome infecté est particulièrement délicat. L'*éosinophilie* peut permettre d'élucider le diagnostic.

Les eosinophiles dans la formule hématologique de l'adénome prostatique sont plus nombreux que la normale qui est de 1,50 pour 100.

Dans le cancer de la prostate les eosinophiles se rencontrent en quantité inférieure à 1,50 pour 100.

Chez tout malade pour lequel, par le toucher rectal, on ne peut pas arriver à faire le diagnostic différentiel entre le cancer de la prostate et l'adénome infecté, la valeur de la formule sanguine en eosinophiles permet de trancher la question.

Du côté du tube digestif, il existe de l'anorexie, parfois des vomissements et de la constipation, ces troubles joints à la tuméfaction et à la douleur reproduisent le tableau de l'occlusion par septicémie intestino-péritonéale. Le diagnostic peut être hésitant ainsi que le fait remarquer Englisch.

La rétention est absolue une fois établie.

Marche, durée, terminaison.

1° *Formes suraiguës.* — L'évolution est remarquablement rapide. Le malade présente dès le début des phénomènes généraux graves. La température présente de grandes oscillations, le pouls est rapide. Les téguments sont sub-ictériques.

2° *Forme abortive.* — Les symptômes, après avoir été plus ou moins accusés, tournent court. La fièvre s'éteint, les douleurs s'évanouissent, la tumeur disparaît. C'est l'éventualité la plus heureuse. Cette rétrocession n'est pas grave au dire de

Pousson. La guérison se fait en deux ou six semaines. Deux cas peuvent se présenter.

Ou bien la rétrocession est d'emblée complète;

Ou bien elle se fait en deux temps.

3° *Forme suppurée.* — Le plus souvent, trois quarts des cas (Bouilly), la maladie aboutit à la suppuration.

Dans un seul cas (Bouilly) la suppuration constituée s'est résorbée. La suppuration s'annonce par des frissons, l'élévation de la température avec diminution des signes d'intoxication. La tumeur hypogastrique devient plus tendue et en certain points, où la suppuration commence à se collecter la douleur réveillée devient exquise. Il existe souvent de la constipation ou du ténésme rectal avec selles glaireuses.

Diagnostic

1° *On n'a pas constaté l'existence de luméfaction.* — L'attention est uniquement attirée par les signes fonctionnels. Mauvais état général, fièvre, ballonnement du ventre, constipation, dysurie et souvent anurie. On pourra songer à un empoisonnement à une péritonite, à une complication d'appendicite. Mais un examen attentif, le toucher rectal permettrait de sentir un empâtement de la région prostatique.

2° *On a constaté la tumeur hypogastrique.* — La tumeur rappelle une vessie en rétention. Si on pratique le cathétérisme on constate que la tumeur persiste. Mais il faut songer que dans les cas que nous envisageons les parois vésicales sont transformées en une masse rigide par la périecystite chronique et ce signe n'a pas beaucoup de valeur.

Alors il faut penser à :

a) Une vessie présentant des diverticules, une grosse hernie muqueuse.

b) A un abcès dans la paroi vésicale. L'erreur est secondaire puisque la thérapeutique est la même.

Lorsque l'on s'est assuré par un examen attentif que l'on doit rejeter ces cas il faut songer :

1° A un phlegmon de la gaine des droits mais il est rarement médian et ne se prolonge pas derrière le pubis. La tuméfaction a son sommet dirigé vers le bas.

2° A un phlegmon sus-pubien, mais il se prolonge par derrière le pubis.

3° A un phlegmon iliaque mais il est plus latéral et plus profond. Il y a des signes d'erration du côté du psoas et des nerfs voisins.

4° A une tumeur abdominale, kystes hydatiques suppurés, kystes suppurés de l'ouraque. Mais le toucher rectal est négatif, à moins qu'ils se produisent chez un malade présentant en même temps de l'infection de son adénome prostatique. Le diagnostic dans ces cas est bien difficile.

Traitement

a) S'il n'existe pas de phénomènes généraux alarmants, on peut retarder l'intervention. La glace sur le ventre pour juguler l'infection, les opiacés et calmants pour diminuer la douleur, l'huile camphrée et la spartéine pour soutenir le cœur. Tels sont les moyens que l'on peut employer.

b) Mais il ne faut pas perdre de vue que ces malades sont de vieux infectés, que la moindre atteinte peut terrasser, aussi vaut-il mieux ne pas leur faire courir le risque d'une septicémie généralisée et l'on doit intervenir.

L'intervention sera double : une destinée à drainer la loge prostatique, point de départ de l'infection, l'autre pour évacuer la collection du Retzius. La périnéotomie s'impose et le drainage qu'elle réalise assure des résultats avantageux. La prostatectomie périnéale d'emblée, dans des cas semblables, est détestable. Aux inconvénients habituels se joignent des difficultés opératoires et la crainte d'exposer le malade à un processus d'infection généralisée.

Attaquons-nous au Retzius, l'opération de choix est l'incision sus-pubienne médiane, longue de 8 à 20 centimètres d'après Delbet. On incisera la gangue fibreuse jusqu'à la face antérieure de la vessie.

Les incisions hautes, suivies d'un bon drainage, donnent de bons résultats. Il est vrai qu'elles sont associées à l'incision périnéale, sorte de contre-ouverture jugulant plus facilement l'infection et hâtant la guérison.

La voie rectale n'est pas recommandable pour évacuer la loge prostatique, à cause des dangers particuliers d'infection et de fistulation qu'elle présente.

Ruotte en 1909 a proposé comme voie de choix, la voie latérale ischio-bulbaire. Le phlegmon ouvert à l'hypogastre, on introduit dans la cavité, le long de la vessie, le mandrin du trocart courbe de Chassaignau, et le sujet ayant été placé dans la position de la taille on mène une incision de 6 centimètres de long; de l'arcade ischio-pubienne on sectionne le transverse et on marche à la recherche de l'extrémité mousse du mandrin que l'on fait sortir par une petite boutonnière. On coiffe le mandrin d'un drain assez long dont on ramène l'extrémité supérieure à l'hypogastre, l'extrémité inférieure continuant à faire saillie au périnée.

Cette technique a l'avantage d'instituer la contre-incision, souvent nécessaire à un bon drainage.

La prostatectomie sera pratiquée une fois que l'infection aura cessé, c'est-à-dire à froid.

B) Phlegmon propagé à l'espace rétro-vésical

L'espace péri-prostatique peut au point de vue anatomique se diviser en deux régions : l'une rétro-prostatique, l'autre rétro-vésiculaire. En faveur de cette opinion on doit invoquer que la même formation aponévrotique, l'aponévrose prostatopéritonéale les sépare de l'espace périrectal. Dans l'espace rétro-prostatique les lames cellulaires sont si peu importantes

que cette région a reçu le nom d'espace décollable. Mais l'autre rétro-vésiculaire, présente un tissu cellulaire beaucoup plus serré.

La réalisation expérimentale, par M. le Dr Aversenq de collection périprostatique postérieure a été faite et a donné une collection dessinant l'espace rétro-prostatique. Cliniquement ces abcès existent. Des observations rapportées par Minet, Hallé, Solmon le démontrent.

Mais, chose qui doit nous intéresser plus particulièrement Hallé et Solmon montrent que sans traverser de plans aponévrotiques nouveaux, sans sortir de la loge rétro-prostatique, en franchissant simplement la barrière que constituent à l'ordinaire les tractus allant des vésicules séminales à l'aponévrose périprostatique postérieure, les collections peuvent gagner la région des vésicules séminales, la base de la vessie et même sans obstacle désormais fuser plus haut, sous le péritoine,

Peut-être cette barrière vésiculaire, méconnue par certains auteurs explique-t-elle qu'on n'observe pas à tous coups des abcès rétro-vésicaux.

Les abcès rétro-vésicaux cités par Reliquet, bien vus par Desnos qui en a donné de nombreuses observations dans la thèse de Minet, ont été particulièrement étudiés par ce dernier. Minet admet que ces abcès peuvent se localiser soit en arrière de l'aponévrose par extension directe des abcès prérectaux, soit « *entre les vésicules sur les côtés, la vessie en avant, l'aponévrose prostatopérilonéale en arrière* ». Nous reproduisons une phrase de Campenon qui semble faite pour illustrer notre idée : « La périprostatite dit-il, et le phlegmon rétro-vésical occupent la même couche cellulaire ». L'extension des abcès périprostatiques postérieurs à l'espace rétro-vésical est tellement manifeste que Segond estime que deux observations dues à Reliquet et inscrites sous le titre de phlegmons péri-vésicaux doivent être considérés comme appartenant à la périprostatite.

Par conséquent les abcès rétro-vésicaux sont admis par les auteurs, mais parfois mal localisés et confondus avec le phleg-

mon prérectal. Cela tient à ce qu'ils considèrent l'aponévrose périprostatique postérieure comme négligeable, comme un tissu cellulaire mince et sans résistance. Cependant le rôle et l'importance de cette aponévrose sont capitaux. Les abcès rétro-vésicaux ne peuvent appartenir anatomiquement à l'espace prérectal et ne lui appartiennent pas cliniquement.

Certes ces abcès rétro-vésicaux pourront plus tard perforer l'aponévrose et envahir l'espace prérectal. Mais l'envahissement de cet espace n'est qu'un mode de diffusion ou de complication. Il ne faut pas confondre ces deux ordres de localisation phlegmasique.

On peut rencontrer ici les différentes formes décrites avec le phlegmon de Retzius.

Symptomatologie

Les accidents généraux causés par la propagation à l'espace rétro-vésical d'une inflammation de la région postérieure d'un adénome prostatique peuvent se calquer sur les troubles généraux décrits au sujet du phlegmon propagé à l'espace de Retzius. Frisson, élévation de la température. Si la rétention d'urine n'est pas complète dès le début des accidents, elle peut le devenir rapidement et déterminer dans toute la vessie des symptômes graves qui lui sont propres (tension hypogastrique, épreintes anxiété très vive).

Les gardes robes sont en général accompagnées et suivies d'une douleur anale très vive, le ténésme rectal est plus ou moins violent et les malades ont la sensation d'un corps étranger « d'un gros tampon de matière fécale prêt à sortir par le rectum ».

Les symptômes locaux seront donnés par le toucher rectal qui doit être systématiquement pratiqué. Les tissus prérectaux sont empâtés et infiltrés. Le doigt tombe sur une plaque phlegmoneuse plus ou moins étendue qui dépasse les limites de la glande.

Les vésicules seront reconnues à la présence d'une ou deux tumeurs oblongues, résistantes, douloureuses, englobées par la réaction du tissu cellulaire.

Complications.

Nous avons vu les suppurations périprostatiques postérieures rompre les adhérences vésiculaires pour gagner la région rétro-vésicale. Elles peuvent continuer parfois en haut ou latéralement leur trajet sous-péritonéal. Ces mêmes fusées peuvent traverser le feuillet péritonéal rétro-vésical et donner lieu à des inflammations péritonéales, à de véritables pelvi-péritonites.

Le pus peut également effondrer l'aponévrose prostatopéritonéale et se faire jour dans l'espace prérectal et fuser ensuite dans la cavité du rectum. Ce mode d'évacuation spontanée, dans de nombreux cas, a donné l'idée de créer une voie rectale pour l'accès chirurgical de ces suppurations. Les abcès alors devenus prérectaux peuvent fuser vers l'espace ischio-rectal ou vers les couches superficielles du périnée.

Traitement.

A chaque genre de suppuration correspond évidemment une thérapeutique différente et c'est pour cela que nous pensons devoir ici reparler de la périnéotomie pour la comparer à la voie rectale préconisée par certains auteurs qui ont plaidé en sa faveur à la *Société d'urologie* en 1910.

Pour nous, c'est la voie périnéale qu'il faut suivre. Il est facile de relever en sa faveur divers cas pathologiques où l'incision rectale s'est trouvée insuffisante.

Si le pus, après avoir gagné la loge rétrovésicale, reste bridé par l'aponévrose périprostatique postérieure, il sera difficile, par la voie du rectum, de se livrer aux incisions systéma-

tiques nécessitées par la localisation du pus et d'aller ouvrir des abcès haut situés. Tandis que si l'on va par la voie périnéale à travers les espaces décollables on ouvrera sûrement plan par plan jusqu'à la collection recherchée.

En regard de cette sûreté thérapeutique que les faits cliniques corroborent, il n'est pas permis au chirurgien de faire courir au malade la chance d'une incision rectale peut-être insuffisante et qu'en balance de la commodité thérapeutique il devra mettre la crainte de suppurations profondes qui peuvent menacer la vie du malade de septicémie ou de péritonite.

La prostatectomie sera faite par la suite lorsque l'infection se sera refroidie.

CHAPITRE III

LES PERICYSTITES APRES ABLATION DE L'ADENOME PROSTATIQUE

Les cas de péricystites comme complications d'une prostatectomie pourraient paraître une exception, car il y en a très peu de publiés dans la littérature médicale. Ils existent néanmoins. Le cas que nous avons observé dans le service de M. le professeur Duvergey et à l'occasion duquel nous avons été conduit à faire ce travail, nous permet de penser que le fait n'est pas aussi rare que l'on pourrait le croire. M. le professeur Legueu dit lui-même dans un article paru dans le *Journal d'Urologie* (Tome XV, n° 1), qu'il en a vu malheureusement trois cas sur une statistique de mille prostatectomies par la voie haute. M. le professeur Gayet (de Lyon) relate à la séance du 24 janvier 1924 de la *Société de chirurgie de Lyon* avoir eu, en même temps, dans son service trois cas d'abcès rétro-vésicaux chez des prostatiques qu'il avait cystostomisés. Et dans l'aimable lettre qu'il nous a adressée, le 18 novembre 1924, il a bien voulu nous communiquer le cas d'un phlegmon du Retzius, chez un malade opéré à la Freyer en un temps, phlegmon occasionné par un accident post-opératoire, il est vrai.

Au point de vue anatomique et tout au moins au début du processus d'infection nous pouvons admettre deux localisations différentes dans l'atmosphère celluleuse péri-vésicale. Tantôt c'est l'espace de Retzius qui est primitivement atta-

qué. Tantôt au contraire l'infection peut toucher plus spécialement l'espace rétro-vésical.

Et si dans l'étude étiologique nous pouvons rencontrer des causes dont le retentissement touche indifféremment les espaces soit antéro, soit rétro-vésicaux, nous trouvons également certains phénomènes qui peuvent avoir une répercussion plus spéciale soit en avant soit en arrière de la vessie.

Etiologie

L'étiologie de ces complications de la prostatectomie fait reconnaître plusieurs causes que nous pourrions diviser en deux classes.

- a) Une, groupant les causes d'ordre physique ou mécanique pourrait-on dire ;
- b) Une autre faisant ressortir celles d'origine infectieuse. Ces dernières pouvant agir seules ou venir compliquer une lésion amorcée par les premières.

A) Causes d'origine physique

Nous serions d'avis d'apporter dans cette classe deux subdivisions et parler tour à tour : 1° des causes statiques d'une part ; 2° des causes dynamiques d'autre part.

Notre but en faisant cette classification est de distinguer la stagnation pure et simple de l'urine derrière le pubis après ouverture de la vessie, des manœuvres ayant pour résultat le traumatisme :

- 1° De la plaie hypogastrique elle-même ;
- 2° Du tissu cellulaire péri-vésical ;
- 3° De la loge prostatique.

Ce sont là circonstances qui peuvent se produire lorsque :

- 1° L'opérateur ayant à extraire une grosse prostate lèse la

plaie de la cystostomie. Des difficultés opératoires peuvent ici entrer en ligne de compte, surtout lorsque le malade est obèse.

2° Le chirurgien croyant être dans la vessie introduit son index en avant, derrière le pubis et devant la vessie ou bien encore sous le péritoine. De plus l'opérateur au lieu d'effondrer la muqueuse tapissant l'adénome suit une voie qui le mène en arrière de la capsule commune.

3° L'extirpation de certaines prostatites peut être rendue difficile à cause de la présence d'adhérences avec la loge prostatique, les traumatismes peuvent être étendus.

Nous n'avons envisagé que les traumatismes dus à la prostatectomie suivant la méthode de Freyer, opération bien réglée « une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne » (Legueu) et qui, sûrement beaucoup plus simple, présente beaucoup moins de risques que l'ancienne prostatectomie périnéale. Autrefois les traumatismes de cette dernière faite sur des sujets non préparés, non désintoxiqués, étaient le point de départ de nombreux incidents post-opératoires. Car à cette époque beaucoup plus que maintenant on opérait sur de vieux urinaires infectés. Le rôle des causes infectieuses toujours important aujourd'hui, était alors primordial.

B, Causes d'origine infectieuses, leur rôle.

Les prostatiques que nous envisageons ont vécu avant leur opération avec des crises de rétention successives, des explorations multiples, des sondages sous toutes leurs formes. Ils ont infecté depuis longtemps la muqueuse de leur vessie et celle de leur urèthre profond. Ces malades sont le plus souvent infectés mais aussi intoxiqués, se défendant mal contre les attaques microbiennes. Ils constituent un terrain de choix pour les suppurations. L'inflammation compliquera facilement les lésions traumatiques chirurgicales, ou même dans certains cas sera seule responsable des accidents observés.

I. — a) L'opération de Freyer peut plus particulièrement provoquer l'inflammation du tissu cellulaire prévésical en raison de l'incision hypogastrique. L'urine infectée stagnant longtemps dans le clapier rétro-pubien peut décoller le pourtour de la plaie vésicale, nécroser le tissu cellulaire autour d'elle, peut aussi attaquer l'os lui-même qui se dénude de son périoste et devient le siège d'une véritable ostéite. Le phlegmon de la cavité de Retzius est constitué.

b) La prostatectomie périnéale selon la technique de Proust Albarran comprend l'ouverture systématique de l'urèthre et l'hémisection prostatique. Ici on doit constituer une vaste cavité limitée en arrière par le rectum, en avant par le bulbe, sur les côtés par les releveurs de l'anus.

Puis l'on fendait l'urèthre prostatique sur une largeur de 2 à 5 centimètres. On dégageait le lobe prostatique et la prostate restait finalement pendue à la vessie par le pédicule déférent et la vésicule, lesquels étaient liés et sectionnés. On voit combien il était facile aux traumatismes opératoires de lèser l'espace rétro-vésical; combien l'urine, malgré la sonde que l'on mettait dans la brèche uréthrale, pouvait sans obstacles déverser l'infection. Aussi dans les accidents post-opératoires les cas de cellulite n'étaient pas rares. L'espace rétro-vésical était fréquemment touché.

II. — Dans une seconde catégorie de complications infectieuses que nous allons maintenant signaler, le mécanisme de l'infiltration n'est plus en cause. Elles surviennent après une cystostomie faite depuis longtemps, alors qu'il n'y a plus qu'une fistule paraissant bien fonctionner sans inflammation, sans décollement à son pourtour avec un trajet unissant étroitement les plans pariétaux avec la vessie elle-même. On ne peut donc admettre ici le mécanisme d'une infiltration progressive. De plus ce sont des malades qu'on ne sonde plus depuis leur cystostomie et chez lesquels on ne peut admettre ni fausse route, ni ulcérations produites par le séjour d'une sonde à demeure. Et l'étiologie de ces suppurations que l'on constate venir apparaître soit à l'orifice de la cystostomie,

soit au périnée, soit dans la fosse iliaque, est tout à fait différente de celle des accidents dont nous venons de parler. D'après M. le professeur Legueu, on peut expliquer ces faits à l'aide d'une des trois hypothèses suivantes :

« a) Ou bien c'est la prostate qui est en cause. Il s'est formé malgré la cystostomie un abcès de la prostate à évolution lente torpide et à siège profond sous la base même de la vessie, non décelable par conséquent par le toucher rectal.

b) Ou bien c'est un abcès inclus dans les parois mêmes de la vessie et qui s'est ouvert dans le péricyste.

c) Ou bien c'est une lymphangite septique partie de la muqueuse vésicale ou de l'urèthre prostatique chroniquement infectés. »

Discussion

1^o La première hypothèse correspondait à un abcès de la prostate à siège particulier, limite siégeant loin de l'exploration digitale, du côté de la base de la prostate, par exemple sous le plancher vésical. En effet le toucher rectal ne fait jamais sentir une glande tuméfiée ou douloureusement tendue. De plus, quand l'abcès à distance est apparu on ne peut pas révéler de continuité apparente entre la prostate et l'abcès. Il faudrait admettre que l'abcès siégeant sous le plancher vésical s'est ouvert dans le tissu sous-vésical. Cela n'a rien d'impossible. Mais l'extension toute particulière des accidents ne semble guère en rapport avec un petit abcès prostatique. S'il en était ainsi, cet abcès aurait beaucoup de chances de guérir rapidement lui-même après son ouverture soit chirurgicale, soit spontanée. Ce n'est pas ce qui se produit car il faut souvent organiser une véritable poursuite des collections purulentes.

2^o La deuxième hypothèse correspond mieux à l'évolution des phénomènes. Les malades sont de vieux urinaires dont les parois vésicales sont depuis longtemps altérées (ainsi que nous l'avons montré dans nos précédents chapitres) elles sont épaies-

sies et contiennent souvent de petits abcès infiltrés dans leur profondeur. Ces abcès, qui peuvent rester stationnaires, peuvent également s'ouvrir dans l'atmosphère périvésicale. Dans ce cas la péricystite suppurée s'établit. Le pus gagne facilement les espaces décollables et produit rapidement les poussées observées. Rien n'a pu faire soupçonner l'existence de ces abcès pariétaux avant qu'ils n'aient fait irruption autour de la vessie. Rien ne peut faire prévoir ces accidents.

3^o Mais l'existence de ces abcès vésicaux n'est pas nécessaire pour expliquer les suppurations dont nous parlons. Nous trouvons une explication en les faisant dépendre de *lymphangiles septiques* périvésicales et périprostatiques.

Chez les malades que nous étudions nous avons fait ressortir déjà l'état d'infection et les causes multiples qui ont pu apporter jusqu'à leur vessie, prostate ou urèthre les germes infectieux. Si bien que les muqueuses de ces organes sont le siège de lésions inflammatoires chroniques pouvant aller jusqu'à l'ulcération.

Dans ces conditions, l'infection se transmet aisément aux riches réseaux lymphatiques qui environnent la vessie et l'urèthre prostatique malgré la cystostomie, ces malades n'ont pas été mis à l'abri des infections locales : le bénéfice de l'intervention aura été pour eux d'éviter les graves conséquences de la rétention aiguë et son cortège d'accidents infectieux généraux.

L'infection partie de la vessie ou de l'urèthre prostatique peut aisément se propager loin de son origine, retentir dans le voisinage immédiat par l'intermédiaire des lymphatiques, tel est le premier stade ; produire des abcès à distance des fusées lointaines, voilà le second. Le bassin peut être disséqué, par ces abcès multiples. Dans de pareilles conditions, il n'est pas surprenant de voir les espaces cellulaires péri-vésicaux, antérieurs ou postérieurs, plus particulièrement touchés. C'est ainsi que M. le professeur Gayet expose à la société de chirurgie de Lyon trois observations de prostatiques chez lesquels après cystostomie se sont déclarés des phénomènes infectieux et constitués des abcès rétro-vésicaux.

4^o Enfin il nous reste à signaler que ces cellulites ont parfois comme point de départ la loge créée par l'opération, loge qui, mal drainée, ne peut se réparer et devient un foyer septique, cause première des accidents observés.

Traitement prophylactique

La symptomatologie du phlegmon du Retzius ou des abcès rétro-vésicaux ayant été étudiée dans le chapitre II de notre travail, nous parlerons immédiatement du traitement prophylactique, puis-je dire, car par des précautions spéciales opératoires on doit éviter de placer les malades dans les conditions requises pour voir éclater les phénomènes infectieux ou tout au moins restreindre les risques. C'est en vertu de cette idée qu'il nous semble bon de féliciter les chirurgiens qui ont banni de leur technique opératoire la prostatectomie périnéale.

Lorsque l'on opère suivant la méthode de Freyer, il est utile de prendre certaines précautions opératoires dont les plus importantes nous semblent devoir être :

1^o Pour le premier temps.

- a) Dans la découverte de la vessie, ne pas décoller la vessie derrière le pubis et se tenir toujours au-dessus du bord supérieur de cet os dans la manœuvre du rehaussement du cul-de-sac péritonéal.
- b) Ne pas pousser l'incision de la vessie trop bas près de son col : l'urine aura ainsi moins de facilité à stagner derrière la symphyse et pourra sourdre plus directement au dehors.
- c) Fixation de la vessie à la peau pour défendre le tissu cellulaire pré-vésical contre le contact de l'urine.

Pour la vessie non encore ouverte de chaque côté de la ligne médiane, juste au milieu de la plaie passer deux points en U au crin de Florence. Chaque fil traversera la vessie,

l'aponévrose et la peau. Chaque point sera noué. La vessie est incisée au bistouri et sur une largeur de 2 à 3 centimètres. On peut pour plus de sûreté passer un fil dans l'angle supérieur de l'incision, de façon que, traversant la peau, le plan musculaire et pénétrant dans la vessie, il vienne, traversant sur l'autre bord de l'incision des plans symétriques, se faire jour sur l'autre lèvre de l'incision. Ce fil étant noué préserve le tissu cellulaire sous-péritonéal. La même opération doit être faite pour fermer l'espace rétro-pubien.

Le tube de Freyer destiné à drainer la vessie, sera enfoncé à frottement entre les lèvres de la plaie vésicale. Le mieux pour éviter les sutures que nous avons décrites, est de faire une ouverture punctiforme.

2° Pour le second temps de l'opération.

- a) Il faut éviter d'érailler et de dilacérer la fistule hypogastrique. La méthode de Pasteau, dilatation aux laminaires, pourra être utilisée.
- b) L'énucléation sera faite *sans brutalité*, le doigt cheminant dans un seul plan de clivage.
- c) Le drainage sera fait de façon à pouvoir permettre à la base prostatique de revenir sur elle-même. A cet effet le drain sera appliqué en quelque sorte au plafond du réservoir vésical. Nous déconseillons l'application de drains appliqués jusque dans la loge de l'ancienne prostate, car un drainage ainsi compris empêche la loge prostatique de se retracter, favorise le contact de l'urine avec la plaie et provoque des douleurs, du ténesme, de l'infection. Le tube, nous le répétons, doit simplement faire bâiller les lèvres de la plaie vésicale. Il pourra être fixé à la peau par un point au crin de Florence.

Traitement

A) Malgré ces précautions il peut arriver :

- 1° Qu'après cystostomie la température ne descende

pas ou même, n'existant pas antérieurement, fait son apparition. On pense à toutes les causes bien fréquentes chez les opérés urinaires.

- a) Infection légère de la plaie hypogastrique ;
- b) Bronchite ou congestion pulmonaire, souvent d'ailleurs coexistante ;
- c) Poussée de pyélonéphrite, les urines étant troubles et purulentes.

Rien n'attire l'attention sur une suppuration profonde probable que le doigt ne peut atteindre ou palper, et qui emportera le malade si la connaissance de la possibilité, la fréquence de ces complications ne guide pas le chirurgien vers le siège de l'abcès.

2^e Que l'on constate un foyer d'urines troubles derrière le pubis, de la douleur à la pression autour de la fistule hypogastrique. Dans ces cas-là il faut pratiquer de suite le drainage du foyer hypogastrique infecté par le périnée. La méthode de Ruotte pourra être appliquée. Nous en avons déjà exposé le principe. L'essentiel est de placer un drain qui passe devant la vessie, puis derrière le pubis et vienne ressortir non pas sur la ligne médiane sous-pubienne, parce que là on serait gêné par la racine de la verge mais en dedans d'une des branches ischio-pubiennes. Il faut prendre également la précaution de ne pas trop se rapprocher de la branche ischio-pubienne pour éviter de blesser la racine des corps caverneux accolés à elle.

L'incision également pourrait être médiane et en arc de cercle concentrique au rectum mais elle est dangereuse.

B) Une autre éventualité peut se produire :

Sans qu'aucun signe ne vienne attirer l'attention sur la région antérieure de la vessie, la fièvre peut persister, l'amélioration attendue ne se produit pas.

Force est de penser à une autre complication.

- a) Si c'est au premier temps de la prostatectomie nous pour-

rons songer aux lymphatites septiques que nous avons étudiées et qui peuvent atteindre la région périprostatique postérieure et ensuite la région rétro-vésicale.

b) Au deuxième temps l'explication en sera dans l'inflammation de la loge qu'occupait l'ancienne prostate et qui peut devenir le point de départ d'une infiltration septique si le drainage n'a pas été correctement fait ou l'extirpation obtenue avec brutalité. (Le doigt de l'opérateur ayant effondré un point de la paroi de la loge prostatique).

Dans l'un comme dans l'autre cas le traitement est simple : L'incision périnéale donne en pareils cas, si elle est pratiquée de bonne heure, des résultats admirables.

Elle n'empêchera pas toujours la fistule rectale de se produire mais celle-ci n'en guérira que plus facilement. M. le professeur Ligueu préconise même le drainage périnéal de la loge prostatique toutes les fois que l'opération a été difficile et la prostate enlevée volumineuse.

OBSERVATIONS

Observation I

empruntée au mémoire de M. le Dr Noël Hailé.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, page 822).

(Cattro, n° 2. Salle Velpeau, Août 1891).

Prostatique : Troubles de la miction depuis deux ans. *Rétention incomplète* depuis deux mois et *urination par regorgement*; *urines purulentes*. Canal libre. Au *toucher rectal* on sent une *grosse tumeur régulière*. *Cachexie*, *diminution des urines*. *Mort*.

A l'autopsie. — Hypertrophie prostatique portant sur les lobes moyens et surtout sur les lobes latéraux.

Vessie à parois assez épaisses avec colonnes et cellules multiples, petites sur la paroi postérieure et au sommet.

Péricystite adipeuse totale. — Au sommet même de la vessie masse de graisse sous-péritonéale, volumineuse, grosse comme un œuf, englobant plusieurs petites cellules dont la paroi mince ne semble plus guère formée que par le péritoine épaissi. Les deux vésicules séminales sont englobées dans une masse fibro-adipeuse qui se prolonge le long des uretères. Les canaux défférents qui traversent cette masse sont transformés en cordons durs, épaissis, crétacés, oblitérés.

Donc péricystite adipeuse totale avec tumeur grasseuse au sommet et masses postéro-latérales.

Pièce du Musée, n° 294.

Observation II

(in *Lyon Chirurgical*, mai-juin 1924).

Hypertrophie prostatique. Abscès rétro-vésical avec jusées vers le rectum et vers le périnée. Obstruction intestinale. Mort. Autopsie.

P... Armand, 67 ans, garçon de peine à Lyon, entre dans le service. d'Urologie le 10 décembre 1923 pour rétention d'urine.

Fièvre typhoïde à 18 ans. Nie absolument toute maladie vénérienne. Pas d'autres antécédents intéressants. Le début de l'affection remonte à environ trois semaines. Le malade s'est aperçu d'abord qu'il était obligé d'uriner très fréquemment et peu à la fois. Il a eu une crise de rétention, il y a quinze jours; un docteur consulté l'a sondé et l'a envoyé dans le service.

A l'examen, le malade ne présente pas de douleur à la palpation de l'abdomen et aucun point douloureux, pas de hernie. Mais le malade souffre d'hémorroïdes et d'une constipation opiniâtre.

Le toucher rectal révèle une grosse prostate de consistance adénomateuse.

Le malade urine très peu et, à la sonde, on retire une faible quantité. Urée sanguine : 0,70; constante : 0,28. La température oscille entre 38 et 39, et ce qui est mis sur le compte d'une infection rénale, les urines étant très troubles. C'est pourquoi le 14 décembre :

Cystostomie sous anesthésie locale. La température n'est pas modifiée par cette intervention et, le 24 décembre, on note : depuis quatre jours le malade est dans un état inquiétant; la fièvre ne se modifie pas, mais il y a des signes d'obstruction intestinale, avec contractions antipéristaltiques, gros ballonnement de l'abdomen, anorexie, — cependant, pas de vomissements. A l'aide de la sonde rectale on est arrivé à provoquer une expulsion de gaz et de matières presque journalière, mais bien vite le ballonnement revient. Pendant dix jours on lutte contre cette obstruction dont la cause ne se précise enfin que le 24 décembre. Ce jour-là, au toucher, on trouve au niveau de la corne latérale droite de la prostate, ou plutôt un peu au-dessus, une grosse tuméfaction (volume du poing), drue, irrégulière, refoulant le rectum et le contournant en croissant. Il s'agit d'une collection qui tend à percer en arrière et vers le périnée.

On pratique immédiatement l'incision de la prostatectomie périnéale. Dès qu'on a incisé le muscle recto-urétral on ouvre une poche de pus bien lié, grisâtre : cette poche communique, par un trajet en bouton de chemise, avec la poche rétro et sus-prostatique que l'on ouvre à la sonde cannelée, puis au dilateur en gouttière. On explore cette poche avec l'index droit, l'index gauche étant dans la vessie, par l'orifice de cystostomie. On trouve que les deux doigts ne sont séparés que par la paroi postéro-latérale de la vessie. On explore ensuite avec un doigt dans le rectum ; on reconnaît la présence d'un orifice circulaire, haut situé, faisant communiquer le rectum avec le foyer. Drain et mèche.

Malgré cette incision, la température ne s'abaisse pas, et le malade succombe, quarante-huit heures après, de septicémie.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen on ne trouve dans le péritoine aucun épanchement, mais le Douglas est en quelque sorte supprimé, refoulé par une collection sous-jacente : tout l'appareil urinaire est extirpé en bloc avec le rectum. On peut alors noter sur la paroi latérale et postérieure droite de la vessie, une poche d'abcès, d'ailleurs vide, où pénètrent les drains ; on reconnaît la communication avec le rectum. On ouvre la vessie et on note une infiltration de cette vessie dont la paroi est criblée, comme une éponge de pus, d'abcès intramusculaires. Un stylet passe d'un de ces abcès, par un trajet sous-muqueux, jusque dans le lobe droit de la prostate qui lui-même, est occupé par un abcès du volume d'un œuf de pigeon.

Le lobe gauche hypertrophié présente simplement un foyer congestif, violacé en son centre ; à la pression, on fait sourdre sur la tranche de section des vermiotes de pus.

Les uretères ne sont pas dilatés. Le rein gauche est à peu près sain, sauf une légère plaque de néphrite ancienne. Le rein droit est plus congestionné et présente de la néphrite rayonnante.

Rien aux autres organes.

Observation III

Hypertrophie prostatique. Cystostomie. Abscès prostatique et rétro-vésical. Périnéotomie.

C... Félix, 64 ans entre à l'hôpital le 28 décembre 1923 pour accidents dysuriques.

Pas de blennorrhagie antérieure ni aucune maladie urinaire. Début de l'affection actuelle, il y a deux ou trois mois par polyurie et pollakiurie. Il urinait la nuit toutes les heures. Il y a un mois, crise aiguë de rétention avec inconstance par regorgement, le malade n'a pas été sondé.

A l'entrée, vessie à l'ombilic. Le toucher rectal montre une très grosse prostate, de consistance adénomateuse.

Appareil pulmonaire ; quelques râles de congestion aux bases. Au cœur, souffle systolique dans toute la région précordiale, propagé dans l'aisselle. Urée : 1gr. 13.

Le 29, sous-anesthésie locale, cystostomie.

Depuis la température a oscillé entre 38 et 39, pendant une huitaine de jours. Elle était d'ailleurs de 39 à l'entrée. Puis elle est descendue entre 37°5 et 38°5 avec toujours des oscillations.

Vers le 15 janvier, reprises de grandes oscillations. Le toucher rectal montre une tumeur un peu dure au niveau de la prostate, siégeant plutôt du côté gauche. La pression, à son niveau, est très douloureuse.

On pratique une anesthésie par injection épidurale de novocaïne à 5 %, Cette anesthésie a été parfaite. Périnéotomie transversale. Le décollement du rectum est très difficile en raison d'adhérences ; on l'ouvre à la sonde cannelée et on voit s'écouler du pus ; le dilateur écarte l'orifice et on évacue un grand verre de pus (qui contient du coli-bacille à l'état de pureté). Le doigt, introduit dans la poche, a peine à arriver au fond, tout à fait en arrière de la vessie. La prostate semble avoir fondu.

La température monte le soir à 40°8 ; mais ensuite redescend rapidement à la normale, et, aujourd'hui, le malade semble en bonne voie.

Observation IV

Hypertrophie prostatique. Abscès rétro-prostatique.

M... Jean, marié, âgé de 64 ans, cultivateur, entre dans le service d'Urologie, pour rétention, le 27 octobre 1923.

De bonne santé habituelle, il a vu débiter l'affection actuelle, il y a quatre ans environ, par une crise de rétention aiguë. Son médecin évacua la vessie par le cathétérisme et lui apprit à se sonder. Depuis lors, l'affection a évolué avec des hauts et des bas, le malade pouvant parfois uriner un peu pendant la journée, mais obligé de se sonder à peu près toutes les nuits.

Il y a quinze jours, il ne put réussir à passer la sonde, et son médecin le trouvant en rétention complète l'envoie dans le Service où on peut le soulager à l'aide d'une sonde à grande courbure.

À l'examen, on trouve par le toucher rectal une grosse prostate bombant dans le rectum, molle et douloureuse, semblant déjà suppurée. Le toucher fait évacuer par l'urètre quelques gouttes de pus. Les urines sont d'ailleurs troubles et laissent déposer dans le bocal un dépôt purulent.

La constante d'Ambard est de 0,17, avec 0 gr. 56 d'urée sanguine.

Le 31 octobre, je pratique la cystostomie sus-pubienne. L'exploration digitale avec un doigt dans le rectum révèle une grosse prostate du volume d'une orange et dont l'expression ramène dans la vessie une certaine quantité de pus très fétide.

L'évacuation des urines étant assurée et la température étant peu élevée, avec bon état général, nous attendons quelques jours espérant que la désinfection de la prostate pourra se faire, puisque le pus se vide dans la vessie.

Mais au bout d'une semaine, l'état général s'altère, le malade continue à être subfébrile, et paraît se cachectiser. Son testicule et son épididyme droit sont très indurés, un peu gros, sans signe de suppuration. Ecoulement urétral abondant, accéléré par le toucher prostatique. Mais le toucher indique que la masse qui bombe dans le rectum ne diminue pas.

Le 8 novembre, prostectomie périnéale. Au moment où l'on ouvre l'espace décollable rétroprostatique, écoulement d'un grand verre de pus très fétide. Cette poche est tout entière en arrière et au-dessus de l'adénome prostatique qui reste intact, et dans lequel le doigt ne pénètre pas. Mèche et drains.

La température n'est pas descendue immédiatement, car l'orchite droite a suppuré et ce n'est qu'après l'incision de cette orchite que la fièvre est tombée et que l'état général est redevenu bon.

Le malade est sorti avec un appareil à cystostomie le 6 janvier. Le 15 janvier, il est revenu à la consultation. Au toucher on sent une prostate énorme, mais résistante et certainement adénomateuse. Nous remettons à un peu plus tard la prostatectomie.

Observation V.

(Inédite)

due à l'obligeance de M. le Professeur G. Gayet.

Nous l'en remercions ici bien vivement.

M..., 71 ans, robuste, prostate hypertrophiée, avec résidu de 100 grammes environ. Bon Ambard. Prostatectomie en 1 temps, très facile et très correcte. Tamponnement et tube de Freyer. Le 4^e jour ablation des mèches et suppression du tube de Freyer qui est remplacé par un drain-siphon. Dans la nuit suivante, violentes contractions vésicales qui chassent le tube.

L'infirmier le replace, mais depuis ce moment le tube ne donne plus d'urine. Le lendemain matin j'explore la plaie et m'aperçois que la vessie s'est décollée de la paroi et que le tube est placé non dans la vessie mais en avant et à droite de ce réservoir, dans le Retzius. Je le replace correctement.

Le soir même, grand frisson et début d'une cellulite très grave qui a nécessité un grand drainage abdomino-périnéal à droite, une contre ouverture dans le Retzius à gauche, des lavages et pansements journaliser. Le malade a fait des 38°-39° pendant un mois environ.

Finalement j'ai repris le malade, je lui ai suturé à nouveau la vessie à la paroi et j'ai largement débordé la fosse iliaque. Il a fini par guérir complètement, sans fistule.

Observation VI

(qui a fait l'objet d'une communication de M. le Pr Duvergey)
au XXIV^e Congrès français d'Urologie).

Le nommé S... Firmin âgé de 60 ans, maître d'hôtel entre à l'Hôpital du Tondu le 14 avril 1924, salle C., lit n° 6 sur les conseils de M. le Dr Dax, chef de clinique des maladies des voies urinaires.

Le malade avait constaté au début du mois d'avril 1924 des troubles de la miction, envies fréquentes d'uriner, surtout nocturnes, émission d'une faible quantité d'urine.

Antécédents. — A 27 ans blennorrhagie. Ecoulement dure six mois. Lavage au permanganate. Instillations. Orchite simple gauche.

Maladie actuelle. — Il y a six ans, il constate quelques troubles de la miction surtout la nuit, sans douleurs. Rémission de 2 ans, mais les ennuis viennent de recommencer d'une façon toute particulière.

Examen à l'entrée. — Signes banaux de prostatisme. Résidu vésical de 100 gr. environ. Au toucher rectal, grosse prostate sphérique, molle. Azotémie 0 gr. 23.

Opération. — La prostatectomie à la Freyer est faite le 17 avril en 1 temps. Opération facile sous rachianesthésie (7 centigr.). Adénome extrait, banal, un peu mou.

Suites opératoires. — 10 jours après l'intervention, présente de la fièvre tous les soirs, suppure abondamment par la plaie hypogastrique. La pression sur les parties latérales fait sourdre du pus. Etat général devient mauvais, le sujet dépérit. Amaigrissement.

Le 5 mai exploration des faces latérales de la vessie avec une pince courbe de Richelot. On constate un décollement périvésical.

Le 7 mai. — M. le P^r Duvergey pratique deux incisions eschio-pubiennes et draine par le périnée les deux faces latérales de la vessie.

Le 15 mai. — Sonde urétrale.

Mais la sonde fonctionne mal et l'on voit l'urine s'écouler par les drains périnéaux. On craint la persistance d'une fistule périnéale. On porte les soins les plus assidus sur la sonde urétrale, en l'empêchant de s'obstruer. Le malade ainsi guérit lentement, complètement, sans nouvelle intervention. M. le Prof. Duvergey était décidé en effet, pour mettre le tissu périvésical à l'abri de l'envahissement de l'urine s'écoulant par la plaie vésicale, à transformer sa *cystotomie* en *cystostomie* c'est-à-dire à accoler les lèvres de la plaie vésicale à la paroi.

CONCLUSIONS

Nous avons voulu démontrer au cours de ce travail qu'il existe des liens étroits entre l'adénome prostatique et le tissu cellulaire périvésical et nous croyons devoir conclure :

1^o Que l'adénome par sa présence et l'obstacle qu'il apporte à l'écoulement normal des urines est la cause de toute une série d'accidents infectieux auxquels il ne reste pas étranger, mais qui touchent plus particulièrement la vessie. A la cystite correspond la péricystite qui dans sa forme chronique devient scléro-lipomateuse.

2^o L'adénome peut s'infecter de façon plus spéciale et il n'y manque pas. Les germes microbiens peuvent arriver jusqu'à lui par les voies lymphatique-sanguine ou uréthrale. Bientôt la loge prostatique participe au processus infectieux qui trouve dans le péricystite déjà transformé un admirable terrain pour sa propagation. L'espace périvésical antérieur ou l'espace rétro-vésical peuvent être touchés.

Le traitement de choix dans le premier cas nous semble devoir être le procédé de Ruotte avec incision hypogastrique et contre-ouverture périnéale pratiquée parallèlement aux branches ischio-pubiennes à un centimètre de leurs bords. Pour les abcès rétro-vésicaux l'incision périnéale et le drainage par l'espace décollable rétro-prostatique devront être préférés à l'ouverture par la voie rectale.

3^o Nous avons enfin montré qu'après cystostomie, durant ou après prostatectomie, des accidents d'étiologie toute spéciale pouvaient apparaître.

Pour les éviter nous croyons devoir conseiller :

a) De pratiquer la prostatectomie suivant la méthode de Freyer.

b) De faire une cystostomie, c'est-à-dire de fixer les lèvres de la plaie vésicale à la paroi ou d'opérer presque par ponction l'orifice devant admettre à frottements un tube de Freyer.

c) D'opérer sans brutalité, de drainer la vessie par son plafond.

Si, malgré ces précautions, la fièvre ne tombe pas ou au contraire, apparaît, si l'état général reste mauvais ou devient inquiétant, il faut penser à une suppuration possible et à une propagation probable soit à l'espace périvésical antérieur soit postérieur.

Le traitement est le même que celui que nous avons préconisé pour les phlegmons de la cavité de Retzius ou les abcès rétro-vésicaux.

Si, comme dans l'observation VI, l'urine s'écoulait par les drains périnéaux et si l'on craignait une fistule, il faudrait placer une sonde uréthrale et transformer la cystotomie en cystostomie.

Vu : Bon à imprimer,

Le Président de la Thèse,

L. PRINCETEAU.

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 6 Décembre 1924,

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS

BIBLIOGRAPHIE

- Alimond.** — A cutan diseases. *The Urology*, 1913, fas. 4.
- Astraldi.** — Des infections de l'adénome prostatique. — *Archives urologiques de l'Hôpital Necker*. Tome IV.
- Aversenq.** — Congrès d'Urologie, 1920, p. 657.
— et **Dieulafé.** — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. 1911, t. 1.
- Bazy.** — *Société de Chirurgie*, 1899.
- Bohdanowicz.** — *Thèses de Paris*, 1891.
- Budin.** — in Bouilly ag. obs. 12.
- Chopart.** — *Traité des maladies des voies urinaires*.
- Cirillo (Giuseppe).** — De quelques germes plus fréquemment trouvés dans les infections de la vessie. *Journ. d'Urol.* Août 1924.
- Delbet.** — *Encyclopédie Française d'Urologie*. Tome IV.
- Dore.** — Fistule vésico-rectale après prostatectomie. *Journ. d'Urologie* 1923.
- Escat.** — *Association d'Urologie* 1913.
- Gayet.** — Communication à la Sté de Chirurgie de Lyon sur les abcès rétro-vésicaux chez les prostatiques (Séance du 24 janvier 1924). (*Lyon Chirurgical*, mai-juin 1924.)
- Gugetot.** — *Thèse de Landet*, Lille 1904.
- Hallé.** — *Thèses de Paris* 1888. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1892.
- Hallé et Motz.** — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la vessie. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1902.
- Hotchkiss.** — *American Surgery Philadelphie* 1896.
- Lassus.** — *Pathologie chirurgicale*.

- Lenin et Bohm.** — *Annales des maladies des organes génito-urinaires* 1909, II, 1517.
- Letienne.** — Précis d'urologie clinique.
- Lequeu.** — Traité chirurgical d'urologie.
- Etat anatomique de la vessie après la prostatectomie de Freyer. *Bulletin de la Société Anatomique*, 1950, p. 740.
- Cellulites périvésicales et pelviennes après certaines cystostomies et prostatectomies sus-pubiennes. *Journal d'Urologie*, janvier 1923.
- Loumeau.** — Chirurgie des voies urinaires. Etudes cliniques.
- Marion.** — *Traité d'Urologie*
- Moschovitz.** — *Annals of Surgery, Philadelphia*, 1911.
- Pauchet (Victor).** — La chirurgie de la prostate.
- Congrès d'Urologie 1913.
- Pépin.** — *Thèse de Paris* (1908, 1909).
- Petit Dutailis (Paul).** — Introduction à l'étude de la topographie pelvienne.
- Poncet.** — *Thèse de Bonan*, Lyon, 1892.
- Pousson.** — Congrès d'Urologie 1913.
- Rayon.** — Adénome prostatique infecté. Société belge d'urologie. 25 novembre 1923. In *Bruxelles Médecine*, 5 décembre 1923.
- Reynaud.** — Cellulite pelvienne, suite de prostatectomie. *Journal d'Urologie*. Tome XVI, n° 5, p. 439.
- Rochet (V.).** — Chirurgie de l'urètre, de la vessie, de la prostate.
- Rollet.** — *Thèse de Lyon* 1894.
- Ruotte.** — *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1907, XLV 101.
- Segond.** — *Thèse de Paris* 1880, obs. 34.
- Thévenot et Michel.** — *Archives générales de chirurgie*, 1912, p. 590.
- Verliac.** — Congrès d'Urologie 1913.
- Vullet.** — *Journal d'Urologie*, 1912.
-

